

Visietekst Wadi

Deze visietekst heeft als bedoeling de kernpunten van onze werking weer te geven en de mogelijke uitdagingen daaraan verbonden te verduidelijken. Een visietekst is ook altijd in zekere zin onafgewerkt omdat de visie zelf beïnvloed wordt door allerlei factoren binnen en buiten onze werking die reflectie en aanpassingen kunnen noodzaken.

Wonen

Ons voornaamste uitgangspunt, is dat De Wadi een woonfunctie verzorgt. Daarom spreken we nooit over patiënten of cliënten, maar over bewoners. Mensen verblijven niet op Wadi met een vraag naar therapeutische behandeling. De Wadi is in de eerste plaats hun woonst. Dit heeft een aantal verregaande repercussies.

Ten eerste staat het *dagdagelijkse leven centraal* op Wadi. De was doen, samen eten, sigaretten roken, koffiedrinken... zijn geen secundaire elementen maar vormen het centrum van het leven op Wadi. Dit zijn namelijk de zaken waar onze bewoners mee bezig zijn, die hun leven structureren en die voor velen bijna volledig op Wadi zelf gebeuren. Daarom stellen we ons als doel deze functies te bevragen, te ondersteunen, te verzorgen en te faciliteren waar nodig. In onze werking proberen we daar ruimte en ook verscheidenheid in te bieden afhankelijk van de wensen en het functioneren van onze bewoners (bijv. kapper aan huis versus naar de kapper gaan).

Onze uitdaging is om nog meer in te zetten op elementen van huiselijkheid en het dagdagelijkse. Een knelpunt zijn bijvoorbeeld de maaltijden op Wadi. Eten blijkt een ideaal moment te zijn die mensen kan samenbrengen. Eten verbindt, eten doet verlangen, eten doet praten. Maar we merken dat we op Wadi nog te weinig inzetten op deze momenten. In enkele woningen eten bewoners en begeleiders wekelijks één maal samen, soms koken ze ook samen. Dit is heilzaam voor de onderlinge verbintenis in een woning. Maar het is onvoldoende. We willen hier in de toekomst meer op inzetten en onderzoeken hoe we de eetmomenten structureel kunnen herzien: kan er meer gekookt worden, op welke manier organiseren we dat dan, kunnen we verser eten voorzien dat nog steeds betaalbaar is, kan personeel mee eten met bewoners...? Het zijn open vragen waar we in de toekomst over willen nadenken door informatie in te winnen bij voorzieningen die het anders aanpakken en door alternatieve mogelijkheden in kaart te brengen. De doelstelling is vooral om het verbindende van samen eten binnen te brengen en om van een eetmoment terug een gewoon en gezellig moment te maken, los van de ziekenhuissfeer.

Ten tweede neemt deze visie *het aspect wonen mee in alle beslissingen* die we maken over de algemene werking. Dat betekent bijvoorbeeld dat de deuren te allen tijde open zijn en dat mensen vrij binnen en buiten mogen. Het betekent ook dat we respect hebben voor de privacy van elkeen. Kom je in een woning of wil je naar een kamer, dan klopt je op de deur en wacht je op toestemming. De bewoner kiest namelijk zelf wie hij in zijn woning binnenlaat. Mensen hebben zelf de keuze of ze al dan niet bezoek ontvangen. En ze kiezen zelf hoe ze hun dagen invullen: willen ze vooral op hun kamer blijven, of liever veel activiteiten meedoen op Wadi, of eerder de hele dag buitenshuis dingen doen, iedereen kiest zelf. De begeleiding kan hierin ondersteunen, maar nooit aansturen.

Ten derde is de *architectuur van een woonfunctie cruciaal*. De Wadi wil een plaats zijn om te leven, de steriele ziekenhuissfeer moet veranderen in een leefomgeving zodat mensen niet wegzakken in hun ziek zijn. Architectuur is hierin belangrijk. Jammer genoeg zijn daar op Wadi enkele moeilijkheden mee.

De architectuur van De Wadi maakt dat het lijkt op een klein ziekenhuis: de woningen zijn bereikbaar op andere manieren dan de voordeur, de vloeren voelen kil aan, de livings zien er gelijkaardig uit, en het gebouw zelf is een massieve blok die nauwelijks verbergt wat het is. In 2015 werd al een uitdagende visie uitgewerkt om tot ingrijpende architecturale veranderingen te komen (Boie & Vandamme, 2019). Het zal zaak zijn om deze visie terug op te nemen en waar mogelijk verder uit te werken. Tegelijkertijd kunnen we al kleine successen boeken met minder ingrijpende architecturale veranderingen. Hiervoor gaan we in het najaar van 2020 in zee met studenten van de opleiding interieurarchitectuur, om hen te vragen de gemeenschappelijke ruimtes opnieuw in te kleden. We wensen dat die meer gezelligheid uitstralen, uitnodigend zijn en de ziekenhuissfeer achter zich laten. We hopen dat dit ervoor kan zorgen dat meer mensen komen naar deze ruimtes en meer mensen zich thuis voelen op Wadi en verder af staan van hun ziek-zijn en meer hun bewonerspositie kunnen assumeren. Hiervoor willen we ook beroep doen op de methodiek van *A Sense of Home*, die allerlei praktische manieren in kaart brengen om van woonzorgcentra een gezellige omgeving te maken. Architecturale veranderingen zoals gezellige zithoeken, belevingstuinen, opplakdeuren en koppelkamers hebben allen één doel: zorgen dat bewoners zich zoveel mogelijk *thuis* voelen¹.

Binnen en buiten: apart of door elkaar?

Bewoners van De Wadi hebben vaak al jarenlange opnames achter de rug. Velen van hen zijn vergroeid met de psychiatrie en het stukje patiënt werd een groot deel van hun identiteit. Soms als manier om te conformeren en te overleven in de instellingen, soms omdat ze steeds verder wegzakten in hun pathologie. We moeten er ons van bewust zijn dat deze patiëntenrol voor veel mensen een deel van hun subjectiviteit vormt die niet zomaar weg kan. Om daar beter zicht op te krijgen, is het interessant om een onderscheid te maken tussen psychische vervreemding en sociale vervreemding (Oury, 1980). Het eerste gaat om vervreemd raken van jezelf, door de ziekte. Doordat mensen jarenlang sukkelen met depressie of psychose raken ze stevig uit balans. Ze begrijpen zichzelf niet meer en sommigen geven na een tijd op of sluiten zich af van anderen. In de PVT komt dat vaak voor en proberen we daar verder – al dan niet therapeutisch - mee aan de slag te gaan. Dit kan o.a. gaan om ‘vanzelfsprekende zaken’ van menselijke omgang, zoals het goeiedag zeggen (het begroeten van elkaar), het nieuws van de dag delen, het voelen van betrokkenheid, enz. Maar er is ook een vorm van sociale vervreemding; dit gaat om vervreemdende effecten van de buitenwereld. Denk aan instellingen die vervreemding in de hand werken door strakke regels en een steriele ziekenhuissfeer.

Een andere reden van sociale vervreemding bij psychiatrische patiënten is het strakke onderscheid tussen ín de psychiatrie en uit de psychiatrie. Sinds de beweging van vermaatschappelijking van zorg zet de hulpverlening steeds meer in op het doorbreken van die strakke grens tussen binnen en buiten. Ook in De Wadi vinden we dat belangrijk. We stimuleren bewoners om hun band met buiten te behouden ook door bijvoorbeeld activiteiten te doen in Merelbeke of door activiteiten te organiseren met De Wadi buiten ons gebouw. Samenwerking met de burens van het dienstencentrum is een uitdaging, alsook het verder samenwerken met de gemeente. We houden daarom contact met de schepen van welzijn en het OCMW. We denken hierbij verder ook aan een cinemabezoek, een etentje op restaurant of een eenvoudige uitstap naar de bibliotheek. Op die manier proberen we ons niet af te sluiten van de buitenwereld en proberen we bewoners ook in de maatschappij te houden. Ook buiten wordt steeds meer naar binnen gebracht. Sinds een jaar komt De Driesprong hier enkele dagen in de week voor ontmoetingsactiviteiten die openstaan voor mensen van binnen en buiten Wadi.

¹ <http://senseofhome.ap.be/>

Daardoor komen onze bewoners meer in contact met buitenstaanders en wordt dreigend isolement doorbroken. Bijkomende initiatieven behoren hierbij zeker tot de uitdagingen.

Daarbij moeten we echter wel rekening houden met de angst van veel van onze bewoners. Door de pathologie hebben verschillende mensen schrik om naar buiten te gaan. Zij durven de straat niet op, of zij durven geen activiteiten ondernemen. Schrik om terug te beginnen drinken, angst om aangestaard te worden, angst om te moeten vertrekken uit De Wadi als ze het goed doen... Allerhande moeilijkheden of gepercipieerde gevaren liggen voor hen op de loer. Daarom moeten we ook in gedachten houden dat vermaatschappelijking van zorg geen gebod mag worden dat we zonder denken opleggen aan elkeen. Mensen moeten uit de psychiatrie, maar gewoon fysiek in de samenleving zijn, is niet genoeg om ook echt deel uit te maken van die samenleving². Vermaatschappelijking blijft een methodiek die waar nodig wordt ingezet, maar geen blinde ideologie.

Kwartiermaken

Een goede methodiek om vermaatschappelijking uit te werken, is via kwartiermaken (Dierinck, 2017; Kal, 2001). Het is een werkvorm die streeft naar meer participatie en inclusie van personen met een psychiatrische problematiek. Bij kwartiermaken gaat men er niet van uit dat enkel het individu zich moet aanpassen om te kunnen vermaatschappelijken. Meedoen gaat namelijk niet vanzelf en is niet zomaar de verantwoordelijkheid van dit individu. De maatschappij moet zich evengoed aanpassen. Kwartiermaken probeert de maatschappij warm en gastvrij te maken om mensen met een psychiatrische problematiek te ontvangen. Hulpverleners zijn hierbinnen brugfiguren.

Met kwartiermaken brengen we niet alleen de bewoner dicht bij de maatschappij, we brengen de samenleving dicht bij de bewoner. De belangrijkste taak van de hulpverlener is om reguliere plaatsen te helpen om iets van het vreemde binnen te laten, om te leren omgaan met wat zij niet kennen. Het doel is een menswaardig bestaan te midden van andere burgers mogelijk te maken. De samenleving moet zich daarvoor inspannen en aanpassingen bieden. Ze moet de normale gang van zaken opschorten om mensen die (soms) als vreemd ervaren worden, erbij te laten horen. Contact blijkt de beste remedie tegen vooroordelen en stereotyperingen die dat proces in de weg staan. Het succes van vermaatschappelijking staat of valt met het bijeenbrengen van twee werelden, die van de 'gewone' mensen en die van kwetsbare mensen (Kal et al., 2012: 10).

Op de Wadi proberen we dit zowel te realiseren op collectief vlak als op individueel vlak. Op collectief vlak hielden we vorig jaar bijvoorbeeld een buurtfeest. We nodigden buurtbewoners uit door aan huis te gaan en hen warm te maken voor het initiatief. We organiseerden een rommelmarkt en eetkraampjes zodat mensen geprikkeld werden om langs te komen. Met succes: inwoners van Merelbeke kwamen langs en ontmoetten werknemers en bewoners van De Wadi. De kern zat in het ongedwongen contact en de losse babbels, wat beter werkte dan een puur formele uitleg over De Wadi. Het zorgde voor meer verbinding met de buurt en was een krachtig instrument om stigmatisering tegen te gaan. Daarom zullen we dit in de toekomst herhalen. Andere collectieve praktijken van kwartiermaken zijn bijvoorbeeld onze nauwe relatie met dienstencentrum De Merelaar. We betrekken zoveel als mogelijk onze bewoners bij cursussen die aldaar worden gegeven, onze bewoners zijn er welkom in het sociaal restaurant en we werken samen met het project van de 'MIA's'³. In 2019 experimenteerden we met VZW Enchanté. Dit is een netwerk van hartelijke handelaars en

² Zie: <https://sociaal.net/achtergrond/vermaatschappelijking/>

³ De MIA's staat voor Merelbeke in Armoede en bundelt een aantal sociale initiatieven die tegemoetkomen aan de noden van inwoners met een heel beperkt inkomen (bijv. Sociale kruidenier).

burgers die kleine diensten aanbieden aan eender wie er nood aan heeft. Van een glas water tot een kop koffie, van een haarknipbeurt tot een plek om even uit te rusten. We gingen in overleg met hen en zij kwamen hun werking voorstellen aan de bewoners. Op die manier leerden bewoners met weinig financiële middelen plaatsen kennen waar zij een gratis kopje koffie kunnen drinken of mogen langsgaan voor een babbel. In het najaar van 2020 staat⁴ een nauwere samenwerking met de bibliotheek van Merelbeke gepland.

Ook op individueel niveau proberen we aan kwartiermaken te doen. Een van onze bewoonsters leest bijvoorbeeld verhalen voor aan kinderen in een kleuterschool in Merelbeke, dit had de nodige ondersteuning nodig van ons. Niet alleen voor de bewoonster, ook voor de kleuterschool. Op eenzelfde manier is een andere bewoner muzieklessen beginnen volgen in de muziekschool in Gent. Ook hier opereerden wij als brugfiguur tussen hem en de muziekschool. De school zorgde er bijvoorbeeld voor dat hij zijn lessen vroeg kon volgen (wat hem minder angstig maakt dan 's avonds) en houdt er rekening mee dat het voor deze man gemakkelijker is om alleen te spelen in plaats van in groep, ook al wordt van anderen verwacht dat ze beiden doen. Nog iemand anders draait als vrijwilliger mee in het sociaal restaurant.

In de toekomst willen we nog sterker inzetten op kwartiermaken. De moeilijkste vraag blijft: wat met die mensen die wel willen aansluiting vinden maar te bang zijn om de stap buiten De Wadi te zetten, vaak als gevolg van jarenlange institutionalisering? Wat met die mensen die helemaal tevreden zijn om altijd op De Wadi te blijven en geen vraag hebben om buiten te komen: blijven we zoeken naar mogelijkheden of gaan we mee in hun vraag? Om die vragen verder op te lossen, moeten we erkennen dat we als PVT nog net iets te veel gericht zijn op onze mensen in de maatschappij krijgen en te weinig op de maatschappij klaar te maken voor onze bewoners en het vreemde toe te laten. Hoe kunnen wij als PVT de normale gang van zaken mee in vraag stellen, zodat er ruimte komt voor onze bewoners in de reguliere plaatsen van onze maatschappij?

Presentie

Ook intern in De Wadi kunnen we nog bijkomende stappen zetten om de drempels tussen bewoners en begeleiders (of andere medewerkers) te laten vervagen. Het ganse thema van presentie (Baart, 2004) zet in die zin in op het eerder aanwezig zijn 'tussen' dan 'naast'. Presentie betekent aanwezig en beschikbaar zijn. De presentiebenadering gaat over het simpelweg er zijn voor de ander, zodat een vertrouwensrelatie kan groeien, de ander zich gezien en gehoord voelt en zich volwaardig mens voelt. Het normaliserend denken i.p.v. differentiërend denken: het mens zijn als dusdanig staat voorop. Alleen al doordat er iemand is die je ziet als volwaardig mens, kan er beweging in de goede richting ontstaan. In de presentiebenadering⁵ wordt die beweging niet afgedwongen, de ander hoeft niet te veranderen. Door de ander onvoorwaardelijk te accepteren, ontstaat er ruimte aan wat zich niet laat maken of afdwingen. De presentiebenadering benadrukt dus sterk het belang van een houding van volledige acceptatie naar de ander toe. Mensen in een kwetsbare situatie worden vaak gewezen op alles wat niet deugt, wat anders moet en op waarin ze in negatieve zin afwijken van de norm. Deze houding benadrukt hun zwakte. Juist als hulpverleners ze benaderen als volwaardig mens, zien ze hun eigen kracht weer en krijgen ze vertrouwen in de mogelijkheid om hun leven weer op een voor hen zinvolle manier in te vullen. Dat maakt ruimte voor wensen en verandering. Dit kan gaan om schijnbaar kleine, maar in feite zeer ingrijpende veranderingen. Bijvoorbeeld middagmalen gebruiken in de

⁴ Uitgesteld t.g.v. covid epidemie.

⁵ Uitgewerkt door Andries Baart.

cafeteria, al eens iets te vertellen over het eigen leven, e.d. De presentiefilosofie gaat ook in tegen de stijgende tendens in de (geestelijke) gezondheidszorg om alles te verzakelijken en parametriseren. Presentie wil de mens in zijn waardigheid herstellen en dit is in de eerste plaats het een gelijke zijn tussen anderen en het vanuit dit vertrekpunt zorg aanbieden.

Hersteltheorie

Een andere pijler in de behandeling, is het hersteldenken. Deze theorie kent drie belangrijke principes: patiënten zijn gelijkwaardig, ervaringsdeskundigen moeten een duidelijke stem krijgen en in plaats van ons te focussen op genezing van symptomen moeten we ons richten op persoonlijk en zinvol herstel (Anthony, 1993). Dit zinvol herstel kan ook een maatschappelijke invulling hebben.

De gelijkwaardigheid van bewoners (zie ook het luik presentie) proberen we op De Wadi zoveel als mogelijk na te streven. Dit doen we heel concreet door bewoners te betrekken bij allerhande beleidsbeslissingen. Zo wordt het huishoudelijk reglement op regelmatige basis met hen overlopen en waar nodig aangepast. Onlangs betekende dat bijvoorbeeld dat we op vraag van de bewoners stopten met een boek te leggen aan de ingang waar elkeen noteerde als hij toekwam of vertrok. Bewoners gaven aan dat dit hun privacy schond; het gebruik werd daarna ook afgevoerd⁶. Ook bij andere keuzes zoals het betrekken van studenten of vrijwilligers hebben bewoners een stem. In elke woning is er bovendien een externe bewoningsvertegenwoordiger. Deze persoon maakt geen deel uit van het team en kan daardoor op een meer neutrale manier de bewoners beluisteren en hun belangen verdedigen voor het reilen en zeilen van De Wadi.

Om die gelijkwaardigheid ten volle te respecteren, is het van belang dat bewoners ook verantwoordelijkheden krijgen. Al te vaak zijn zij een passievere patiëntenrol gewoon geweest, zowel door hun ziekte als door de bejegening tijdens opnames. Mensen zijn gewoon geworden om hun verantwoordelijkheid af te geven en er is geduld nodig om mensen zelf tot keuzes te laten komen, zonder alles snel over te nemen (Petry, 2011). Het is de taak van de hulpverlener om mensen verantwoordelijkheid terug te geven, op zoek naar een plaats in hun eigen leefomgeving (De Wadi) en in de bredere maatschappij (Mannoni, 1999). In de praktijk betekent dit dat we bewoners zelf keuze geven over wat ze bijvoorbeeld overdag doen, wat ze willen eten en drinken, naar welke plaatsen ze gaan... Dat houdt ook een minimum aan regels in. Op De Wadi zijn er in principe slechts twee regels: roken in het gebouw mag niet en je mag geen geweld naar anderen gebruiken. Een minimum aan regels gekoppeld aan maximale verantwoordelijkheid, is er bovendien om regressie te voorkomen. We willen zoveel als mogelijk inzetten op de sterktes van mensen en capaciteiten aanpreken zodat ze niet regresseren of secundaire pathologie krijgen doordat anderen niets meer van hen verwachten (Sinason, 2010). Initiatieven die we dit vlak namen of nog kunnen nemen zijn: bewoners betrekken bij de voorstelling van De Wadi, bij teamdenkdagen, bij de introductie van studenten. Ook het door de overheid verplichte begeleidingsplan hanteren we consequent als een gedeelde verantwoordelijkheid, evenals de bespreking ervan – steeds met uitnodiging van de bewoner – in het team. Een volgende stap in deze wordt ongetwijfeld het toegang krijgen tot het eigen ‘dossier’ via een login.

Tegelijk moeten we voorzichtig zijn en niet vanuit een blind verantwoordelijkheidsmodel vertrekken. De laatste jaren kreeg verantwoordelijkheid een iets te enge focus in het hulpverleningsveld (Rose, 1999). Door eenzijdig vanuit verantwoordelijkheid te vertrekken dreigen hulpverleners hun eigen verantwoordelijkheid te minimaliseren en te veel in handen van hun patiënten te leggen. Dan gaan

⁶ Werd door Corona (tijdelijk) opnieuw ingevoerd doch ook in de samenleving wordt ingeboet aan privacy door Corona.

we er bijvoorbeeld van uit dat mensen die een behandeling niet aanvaarden ofwel geen ziekte-inzicht hebben, ofwel hun verantwoordelijkheid niet willen nemen (Manuel & Crowe, 2014). Mensen kunnen niet helemaal autonoom zijn. We staan altijd in verbinding met anderen, elke vorm van autonomie is dus ook een vorm van afhankelijkheid. Die twee lopen door elkaar en daarom moeten we met onze bewoners ook streven naar co-verantwoordelijkheid (Devisch, 2011).

Mensen kiezen niet altijd bewust voor hun symptomen, verlangens, rare gedachten of het feit dat ze tot niets komen. Dat is ook onbewust gedetermineerd. De volle verantwoordelijkheid bij individuen leggen kan dus niet, samen op pad gaan wel. Herstel gaat niet om een autonoom individu dat alles zelf moet doen, en indien hij dat niet kan, faalt (McWade, 2016). Het initiële idee van herstel is dat elke persoon moet worden aangemoedigd om eigen doelen te stellen. Herstel is dus iets dat je moet blijven in vraag stellen, moet blijven doen, moet blijven uitdagen en bijgevolg niet in een vaste richtlijn en doelstellingen kan worden gegoten (Campbell & Rose, in: Rose, 2019).

Wat de ervaringsdeskundigheid betreft, moet De Wadi hier nog verdere stappen ondernemen. We geven veel zeggingskracht aan bewoners, maar hebben nog maar beperkt manieren gevonden om ervaringswerkers actief in te zetten en te laten meedenken. In de loop van 2020 is wel een ervaringswerker gestart die logistieke taken opneemt en bewoners op eigen vraag kan ondersteunen in dagelijkse activiteiten (bijv. winkelen). Om dit verder te doen, willen we een samenwerking starten met de herstelacademie en de werkgroep ervaringsdelen Gent. Met hen willen we op zoek gaan hoe zij ons kunnen helpen en hoe we De Wadi verder kunnen uitbouwen. Een van onze bewoners gaf al aan zelf lid te willen worden van de werkgroep ervaringsdelen Gent. Hij kan mogelijks een brug vormen om deze samenwerking structureel uit te bouwen.

Onthaal, IB-schap en circulatie

De Wadi wil een open plaats zijn die haar bewoners telkens opnieuw *onthaalt*. Daarmee bedoelen we dat mensen steeds opnieuw zich welkom moeten voelen op De Wadi. Het is te koppelen met de functie van 'ontmoeting'. De laatste jaren zetten veel instellingen in op ontmoeting, dit is toe te juichen, maar al te vaak is ontmoeting het zwakke broertje van de *high specialized care* afdelingen die het echte werk doen. De Wadi wil ontmoeting niet uitsluitend als een functie zien die elders kan doorgaan of door andere mensen kan worden gedaan. Ontmoeting moet volgens ons in het hart zitten van het werk zelf. De eerste functie van ons werk is niet therapeutisch, maar is vooral ontmoetend: een thuis zijn, zorg en assistentie bieden (Zenoni, 2009: 18-20). Het PVT wil daar ook op inzetten: we willen een plaats zijn die een toevluchtort is voor onze bewoners en waar ze zich veilig vinden tegen de onrust in zichzelf of de onrust van de wereld rond zich heen (Vanheule, 2017).

De functie van de individuele begeleider (IB) is daarbinnen cruciaal. Iedere bewoner op De Wadi heeft een IB en een co-IB. Dit zijn de personen die hun belangen behartigen en die het eerste aanspreekpunt zijn. De IB heeft een deels praktische en ondersteunende functie, maar is zoveel meer dan dat. De IB is vooral diegene die het mogelijk maakt dat een bewoner kan blijven onthaald en ontmoet worden op De Wadi. De IB functioneert als een *compagnon de route*, iemand die op stap gaat met zijn bewoner en door de verschillende dalen en hoogtes standhoudt. We vinden het cruciaal dat de IB de bewoner ondersteunt maar altijd de keuze en vrijheid van de bewoner respecteert. We zouden de metafoer van de 'secretaris van het subject' kunnen gebruiken. Een secretaris moeit zich niet te veel, hij noteert wel zaken, onthoudt ze, vraagt om verduidelijking, herinnert je aan iets wanneer nodig, is betrouwbaar en zal geen wereldbeeld opleggen of zeggen dat je mis bent, maar soms wel eens een mening geven. En vooral: de secretaris is de baas niet (Leader, 2011, p.305). We zien dit als een reeds aanwezige sterkte in onze werking waar we uitdrukkelijk verder blijven op inzetten.

Dat wil niet zeggen dat alles op de schouders van de IB valt. Ook dat zou een gevaarlijk uitgangspunt zijn. Zowel voor mensen met een psychotische problematiek als voor mensen met persoonlijkheidsproblemen kan één iemand soms snel als een teveel aanvoelen. Je dreigt vast te raken in een dynamiek waarbij je ofwel in strijd raakt met elkaar (wie heeft gelijk?) ofwel geen enkel verschil meer hebt met elkaar en altijd overeenkomt (we begrijpen elkaar helemaal). Dat is niet wenselijk, omdat het een soort van luchtbel creëert waar zowel bewoner als IB in vast kunnen raken. Om echt *compagnon de route* te zijn van iemand is het cruciaal dat er voldoende ademruimte zit in die relatie en dat er ook ruimte is voor twijfel, verschil en externen. De IB is niet alleen iemand die een aanspreekpunt is, hij is ook iemand die ervoor zorgt dat de patiënt verschillende mensen kent en weet dat hij zich tot veel mensen kan wenden. De IB breekt elke geslotenheid die om de hoek loert altijd weer open. Daarom zetten we evenveel in op een 'praktijk van meerderen' (Di Ciaccia, 2005). Dat wil zeggen dat de geslotenheid van een relatie telkens wordt doorbroken door met verschillende mensen te werken. De IB kan bijvoorbeeld wel luisteren naar wat iemand graag van activiteiten doet, maar de bewoner volgt activiteiten bij andere verpleegkundigen. Of de IB kan zeggen dat hij iets niet weet en verwijzen naar bijvoorbeeld de sociale dienst. Het is de bedoeling dat elke bewoner kan fluctueren tussen verschillende figuren op De Wadi en zich refereert tot verschillende mensen voor verschillende zaken. Het meest cruciale is niet dat iedereen op net dezelfde manier antwoordt, wat een ontmenselijkende reactie zou inhouden. Het meest cruciale is dat de bewoner kan voelen dat er verschil is tussen mensen en dat begeleiders ook hun limieten hebben en kennen, en dat hij zich gedragen voelt door de verschillende mensen in het PVT.

Dat betekent ook dat niemand helemaal moet samenvallen met zijn functie. Iedereen die werkt in De Wadi heeft een bepaalde opleiding gevolgd en zal vanuit die opleiding dingen kunnen en mogen die anderen niet kunnen en mogen. Enkel de arts kan medicatie voorschrijven, niet iedereen hoeft diepe therapeutische gesprekken te voeren en specifieke verzorgende taken lukken alleen mits een goede vooropleiding. Maar tegelijk mogen mensen niet nauw samenvallen met hun functie en verschil toelaten. Verpleegkundigen mogen spreken over gevoelige onderwerpen als bewoners dat wensen, een psycholoog mag mee op daguitstap, een sociale dienst kan activiteiten begeleiden... Niemand zit vastgeroest in zijn functie, diversiteit is een must.

Dwang en drang

Klassieke vormen van dwang komen op De Wadi niet voor. Er is geen isolatiecel, fixatie passen we niet toe, medicatie wordt niet verplicht toegediend en de bewegingsvrijheid van de bewoners is nooit beperkt. Toch mogen we ons niet blindstaren op deze 'harde' vormen van dwang. Onderzoek leert dat er ook veel *informele dwang* bestaat, denk aan regels, structuur, straffen of druk zetten om medicatie te nemen (Larsen & Terkelsen, 2014). Geen enkele voorziening is vrij van dit soort informele dwang. Toch weten we dat hulpverleners dit niet goed herkennen en niet weten wanneer ze dwang toepassen (Elmer et al., 2017). Ook in De Wadi kan informele dwang in de dagdagelijkse werking sluipen en moeten we daar blijven over reflecteren. Hoe gaan we daarmee om? Voor eerst hanteren we een ruime definitie van dwang, zijnde dat dwang gaat om alle momenten waar iemand een keuze over zijn leven wordt ontzegd (Russo & Wallcraft, 2001). Deze ruime definitie zorgt ervoor dat we onze handelingen meer in vraag moeten stellen. Wat doen we dat ingaat tegen iemands keuze? Weten we dat altijd of doen we het soms onbewust? Wat met bewoners die niet zo duidelijk kunnen aangeven wat hun keuze is?

Het gaat er niet zozeer om dat je als hulpverlener geen enkele vorm van dwang meer toestaat, dat is misschien onmogelijk. Immers, handelingsverlegen mogen we ook niet worden. Onderzoek toont

namelijk dat bewoners nog steeds wensen dat hun hulpverleners durven te reageren en durven interventies stellen. Hulpverleners moeten hulp verlenen en geen vrienden worden (Van Steenberghe, 2020). Hoe kunnen we dan in deze dynamiek bewegen? Hoe kunnen we zo weinig mogelijk dwang hanteren zonder handelingsverlegen te zijn? Door dwang in haar relationele context te zien. *Een handeling wordt namelijk dwangmatig op het moment dat je de therapeutische band doorbreekt.* In die momenten voert een hulpverlener de handeling gewoon uit omdat hij een vaste regel volgt, en handelt hij niet vanuit de relatie. De bewoner wordt dan enkel en alleen nog een 'patiënt' op wie dat wordt toegepast, zonder dat de achterliggende context wordt gehoord (Verbeke et al., 2019). Het vergt een voortdurende reflectie, ook samen met de bewoners, om dit in vraag te stellen.

Langdurige zorg

Wat betekent langdurige zorg? Dit houdt vooreerst in dat de bewoners letterlijk al een langdurige zorg en voorafgaande behandeling(en) achter de rug hebben. Allen zijn ze al lange tijd en herhaaldelijk in opname geweest. Bij de overgrote meerderheid van bewoners (maar weliswaar ook niet alle!) staat een 'chronische' psychotische problematiek op de voorgrond. Op zich is dit een diagnostische referentie, die niet meteen veel zegt over het individueel functioneren dat zeer sterk kan verschillen. Wensen, krachten, inzicht, kunnen sterk verschillen en meebepalen hoe zorg in het PVT vorm krijgt. Vaak is het een zeer geleidelijk proces, waarbij tijd en geduld op zich een uitdaging vormen. Daarom pleiten we voor het werken vanuit een ingesteldheid van 'verstandig doormodderen'. Dit betekent: blijvend werken, kleine successen boeken, de hoop niet opgeven en ook mensen niet overstelpen met onmogelijke doelstellingen. Een goed aanvoelen van wat haalbaar is, is de beste raadgever. Al zal de bewoner zelf uiteindelijk beslissen en kan hij ons ook blijven verrassen.

Binnen langdurige zorg moet de focus liggen op herstel en niet op genezing. Dit kunnen we verduidelijken als persoonlijk herstel en niet een 'medisch' herstel dat binnen de pathologie onmogelijk is. Dit wil ook zeggen dat de uitdaging ligt in: hoe kan iemand een zinvol leven blijven uitbouwen, ondanks die jarenlange klachten? We bekijken bewoners dus ook niet in termen van al dan niet uitbehandeld. De benadering vertrekt vanuit een andere perspectief, namelijk het perspectief van blijvend perspectief geven. Zoals Dierinck (2017) het mooi verwoordt 'hoopverleners' zijn eerder dan hulpverleners. Mensen begeleiden in half of ongekende trajecten zonder zekere uitkomst, maar de moeite waard om het met de nodige omzichtigheid en geduldige omkadering uit te proberen en vooral te blijven steunen. Dit is niet eenvoudig en vraagt mensen die uit het juiste hout gesneden zijn. Mensen die kunnen omgaan met het gegeven dat er vaak geen korte termijn successen worden geboekt, die weten dat de trajecten gepaard gaan met veel vallen en opstaan. Begeleiders die voldoening halen uit de kleine stappen, maar misschien meer nog uit het constant op weg gaan. Begeleiders moeten dus kunnen of leren omgaan met ontgoocheling en onmacht, en toch telkens opnieuw starten. Daarom is er ook nood aan 'herstel van de hulpverlener', wat wil zeggen: eigen onmacht en angst bevragen en daarmee bewoners niet lastigvallen (Verbeke, 2019). Daar moeten we er zijn voor elkaar. Presentie onderling is een belangrijke ondersteunende factor. Dit proberen we in te bouwen door zowel wekelijkse werkvergaderingen, maar meer nog door een dagelijkse beschikbaarheid.

Ongetwijfeld zal onze visie en benadering nog aan belangrijke toekomstige evoluties onderhevig zijn. Aanvankelijk kenden we het rehabilitatiedenken, dat nog steeds doorschemert in het hersteldenken. Maar ondertussen zijn presentie, kwartiermaken en vermaatschappelijking bijkomende klemtonen

geworden. Ook de bewoners zelf evolueren snel. De term 'langdurige zorg' is een stuk 'kortdurender' geworden. Dit zowel in de betekenis van bewoners die sneller en dus ook veel jonger worden doorverwezen naar PVT, als het standpunt dat wonen steeds gediversifieerder wordt en PVT veel vaker ook een tussenstap kan zijn. Ook ons woonmodel staat onder druk. De vragen naar studio's nemen toe. Het evenwicht tussen een zekere gemeenschap vormen en toch voldoende persoonlijke ruimte en privacy hebben, helt duidelijk meer over naar een toenemende vraag naar studio's. We negeren dit niet, maar zien dit als een logische evolutie binnen vermaatschappelijking en de emancipatie van de bewoners. Er liggen dus vele uitdagingen voor ons. Hoe omgaan met infrastructuur, met zelfstandigheid, met mogelijks minder stabiliteit, met veranderende waarden. Eén ding is zeker: het zal niet vanzelfsprekend, maar ongetwijfeld boeiend blijven. En tevens een belangrijke maatstaf van hoe onze maatschappij met geestelijke gezondheidszorg omgaat.

2020

Referenties

- Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Baart, A. (2004). Een theorie van presentie. Boom: Lemma uitgevers.
- Boie, G. & Vandamme, F. (2019). Het labyrint van de PVT. *Psyché*, 31(2), 20-21.
- Devisch, I. (2011). Co-responsibility: a new horizon for today's health care? *Health Care Analysis*, 20(2), 139-151.
- Di Ciaccia, A. (2005). La pratique à plusieurs. *La Cause Freudienne*, 61, 107-118.
- Dierinck, P. (2017). Hoop verlenen. Pleidooi voor meer vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg. Witsand Uitgevers.
- Elmer, T., Rabenschlag, F., Schori, D., Zuaboni, G., Kozel, B., Jaeger, S., et al. (2017). Informal coercion as a neglected form of communication in psychiatry settings in Germany and Switzerland. *Psychiatry Research*, 262, 400-406.
- Kal, D. (2001). *Kwartiermaken. Werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond*. Amsterdam: Boom.
- Kal, D., Post, R. & Scholtens, G. (2012). *Meedoen. Kwartiermaken in theorie en praktijk*. Utrecht: Hogeschool Utrecht.
- Larsen, I.B., & Terkelsen, T.B. (2014). Coercion in a locked psychiatric ward: perspectives of patients and staff. *Nursing Ethics*, 21(4), 426-436.
- Leader, D. (2011). *What is madness?* London: Penguin Books.
- Mannoni, M. (1999). Words of greeting: Psychoanalysis and handicap. In J. De Groef & E. Heinemann (Eds.), *Psychoanalysis and mental handicap* (pp.1-6). London: Free Association Books.

- Manuel, J., & Crowe, M. (2014). Clinical responsibility, accountability, and risk aversion in mental health nursing: a descriptive, qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23, 336-343.
- McWade, B. (2016). Recovery-as-policy as a form of neoliberal state making. *Intersectionalities: A Global Journal of Social Work Analysis, Research, Polity, and Practice*, 5(3), 62-81.
- Petry, D. (2011). *Uitbehandeld, maar niet opgegeven. Het persoonlijke verhaal van een psychiater over zijn patiënten*. Amsterdam: Ambo.
- Rose, N. (1999). *Governing the soul. The shaping of the private self* (2e ed.). London/New York: Free Association Books.
- Rose, N. (2019). *Our Psychiatric Future*. Cambridge/Medford: Polity Press.
- Russo, J., & Wallcraft, J. (2011). Resisting variables – service user/survivor perspectives on researching coercion. In Kallert, T.W., Mezzich, J.E., & Monahan, J. (Eds.). *Coercive treatment in psychiatry. Clinical, legal and ethical aspects* (pp.213-234). Chichester: John Wiley & Sons.
- Sinason, V. (2010). *Mental handicap and the human condition. An analytic approach to intellectual disability. Revised edition*. London: Free Association Books.
- Vanheule, S. (2017). Open brief aan Dirk Bryssinck, laureaat Acco prijs psycholoog van het jaar 2017. Ontleend aan www.mensenkennis.be <https://www.mensenkennis.be/algemene-psychologie/open-brief-aan-dirk-bryssinck-van-villa-voortman/>
- Verbeke, E. (2019). Werken in een poel van angst en onmacht. Naar een herstel van de hulpverlener. *Psychoanalytische Perspectieven*, 37(2), 689-705.
- Verbeke, E., Vanheule, S., Cauwe, J., Truijens, F. & Froyen, B. (2019). Coercion and power in psychiatry: a qualitative study with ex-patients. *Social Science & Medicine*, 223, 89-96.
- Zenoni, A. (2009). *L'autre pratique clinique. Psychanalyse et institution thérapeutique*. Toulouse : Éditions Érès.